

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

• ANNÉE 1917

THÈSE

N° 102

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

B. GRUNKRAUT

Né à Varsovie (Pologne), le 15 septembre 1888

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Licencié ès-sciences (de la Faculté de Liège)

Engagé volontaire

LE

CHANCRE EN COURONNE

DU

LIMBE PRÉPUTIAL

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

102

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

B. GRUNKRAUT

Né à Varsovie (Pologne), le 15 septembre 1888

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Licencié ès-sciences (de la Faculté de Liège)

Engagé volontaire

LE

CHANCRE EN COURONNE

DU

LIMBE PRÉPUTIAL



Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Anatomie topographique.	AUGUSTE BROCA
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	N.
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	N.
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
Clinique médicale.	ROGER
Maladies des enfants.	DEBOVE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LANDOUZY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GILBERT
Clinique des maladies du système nerveux.	CHAUFFARD
Clinique chirurgicale.	HUTINEL
Clinique ophtalmologique.	N.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER
Clinique d'accouchements.	DEJERINE
Clinique gynécologique.	DELBET
Clinique chirurgicale infantile.	QUENU
Clinique thérapeutique.	N.
Hygiène et clinique de la première enfance.	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN
	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAINEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Membre de l'Académie de médecine.

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Médecin-chef de l'Hôpital militaire Vuillemin

Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu présider
cette thèse.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE GEORGE

*Faible témoignage de ma
reconnaissance.*

A MES AMIS

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A TOUS MES MAITRES

A MES MAITRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAMUEL BERNHEIM,
de l'hôpital civil de Nancy.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE, médecin
des Hôpitaux, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS, chirurgien des
Hôpitaux, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT, médecin des
Hôpitaux à l'Hôtel-Dieu de Paris.

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL, médecin des
Hôpitaux, à Cochin, de Paris.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD, accoucheur des
Hôpitaux, à la clinique Baudelocque de Paris.

MONSIEUR ED. MICHON, chirurgien des Hôpitaux
à Cochin-Annexes (Ricord), Paris.

MONSIEUR COURTOIS-SUFFIT médecin des Hôpi-
taux à la Maison municipale de santé (maison
DUBOIS).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE
CHANCRE EN COURONNE
DU
LIMBE PRÉPUTIAL

INTRODUCTION

En juin 1915, MM. Gaucher, Bizard et Bralez décrivaient dans *les Annales des Maladies vénériennes* un aspect particulier que peut revêtir le chancre syphilitique du prépuce et le désignaient sous le nom de chancre en couronne.

Ils en signalaient les caractères distinctifs avec toute une série d'observations et de planches en couleur permettant de classer cette forme spéciale du syphilome au début de la maladie parmi les chancres génitaux.

Ce travail n'a pas d'ailleurs que la valeur d'une classification. L'étiologie du chancre en couronne, la difficulté de son diagnostic en raison du phimosis qui le complique presque toujours, les indications du traitement médical et parfois même chirurgical

en font une lésion nettement définie sur laquelle il convient d'insister.

Il nous a paru intéressant de reprendre cette étude, de la compléter dans ses différents chapitres et d'y joindre quelques observations inédites que M. le professeur Gaucher a bien voulu nous autoriser à puiser dans les fiches des malades du service de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Nous tenons au début de cette thèse à lui rendre hommage et nous lui adressons le témoignage de notre grande reconnaissance.

GÉNÉRALITÉS

Quoique la syphilis ne soit pas une maladie aussi essentiellement vénérienne que la blennorrhagie et le chancre mou et qu'elle puisse se contracter d'une infinité de manière en dehors des rapports sexuels, les organes génitaux n'en constituent pas moins la région du corps sur laquelle son accident primitif se développe le plus fréquemment et sous les formes les plus variées. Pouvant siéger chez l'homme sur le gland, le fourreau de la verge, le scrotum, ils atteignent dans les différentes statistiques la proportion considérable de 90 o/o. Mais c'est encore au prépuce qu'ils sont le plus fréquents, puisque à ce niveau ils représentent à eux seuls plus de la moitié des chancres de la sphère génitale.

Reprenant les travaux de Bassereau, Clerc et Lefort, Jullien nous éclaire plus complètement sur le siège précis des chancres préputiaux et donne les chiffres suivants :

Siège	Le Fort	Bassereau	Clerc	Total
Non spécifié.....	32	20	»	52
Face muqueuse.....	116	91	63	343
Face cutanée.....	53	20	63	343
Bord libre.....	48	10	35	93
Rainure balano-préputiale.	106	105	171	382
	355	246	269	870

Mais cette statistique comporte tous les différents chancres de ces diverses régions, le chancre en couronne n'étant qu'une variété de forme et d'étendue, il se présente beaucoup plus rarement.

« En effet, disent MM. Gaucher, Bizard et Bralez, le chancre en couronne n'est pas très fréquent et d'après nos recherches ne se rencontrerait environ qu'une fois sur vingt-cinq chancres génitaux. Dans un moment, ou l'on constate une singulière éclosion de syphilis nouvelle, puisqu'en l'espace de six mois nous avons observé 180 malades, pour la très grande majorité des militaires, porteurs d'accidents primitifs, 7 malades seulement présentaient cette forme spéciale et caractéristique de chancre en couronne ».

Anatomiquement le chancre en couronne ne diffère en rien du chancre syphilitique ordinaire, « c'est un néoplasme tégumentaire à surface nocive ou plus rarement ulcéreuse » (Fournier). Comme tout chancre il est constitué par les divers éléments suivants :

1° Des fibrilles de tissu conjonctif, nombreuses, s'anastomosant pour former un véritable réticulum ;

2° Dans les mailles de ce réseau des éléments cellulaires surabondants, arrondis ou déformés constitués par des leucocytes et des éléments embryonnaires du tissu conjonctif.

Cette prolifération exubérante d'éléments cellulaires jointe au réseau fibrillaire donne à la lésion sa note dominante, à savoir l'induration caractéristique de la base.

3° Des lésions vasculaires intéressant surtout les artérioles qui sont épaissies, et comprimées par les proliférations périvasculaires qui peuvent déborder le néoplasme et pousser des pointes d'irradiation dans les tissus sains ;

4° Enfin d'après Cornil « les faisceaux nerveux qui passent dans le tissu induré du chancre peuvent être enflammés dans leur gaine lamelleuse et dans leur tissu conjonctif interstitiel. »

Ce néoplasme chancreux peut être limité à la partie la plus superficielle du derme, comme aussi en occuper toute l'épaisseur, il est assez rare qu'il se prolonge dans l'hypoderme.

En outre comme tout chancre, le chancre en couronne à la période d'état se présente avec une surface à vif, c'est-à-dire dépourvue d'épithélium.

Cette érosion est plus ou moins étendue suivant la plus ou moins grande extension du chancre, mais elle reste très superficielle. Elle se borne bien souvent à détruire les couches cornées de l'épiderme en respectant le corps muqueux qu'on trouve intact ou partiellement intact au fond de la lésion. D'autre fois elle entame ce corps muqueux en décapitant les papilles, mais ne pénètre jamais plus avant.

En résumé et pour reprendre la définition de Fournier « néoplasme intra-dermique d'une part et d'autre part, érosion à la surface de ce néoplasme », voilà au point de vue anatomo-pathologique qui peut s'appliquer au chancre en couronne, qui n'est

en définitive qu'une variété clinique du chancre syphilitique du prépuce.

Quelle en est l'étiologie ?

Comme tous les chancres génitaux, le chancre en couronne a une origine exclusivement vénérienne. Nous n'insisterons pas sur les différents modes de contagion qui ont pu être recherchés dans nos observations.

Ils sont de tous ordres comme il est d'habitude de les retrouver lorsque la contagion procède du commerce sexuel. Peut-être le coït anal en favorisant davantage les excoriations de la verge faciliterait-il le développement du chancre en couronne. S'agit-il en effet d'une inoculation d'emblée en nappe sur une plus ou moins grande étendue et le chancre en couronne revêt-il primitivement ce caractère ou s'étend-il progressivement soit par inoculations successives, soit par un phagédénisme spécial au chancre induré.

Quelques-unes de nos observations nous montrent une masse unique allongée, encerclant en quelque sorte le limbe préputial, d'autres au contraire décrivent plusieurs noyaux ulcéreux séparés par des solutions de continuité transversales et fissuriques. L'évolution des lésions prises au début et surveillées pendant plusieurs semaines aurait pu nous apporter des éclaircissements sur ce point, mais chez tous nos malades, des soins locaux joints au traitement général ont été institués dès le diagnostic certain et sont venus enrayer le processus de propagation et de dissémination, si tant est qu'il puisse être envisagé.

Pour certaines de nos observations cependant il semble bien qu'il y ait eu lésion unique d'abord, qui se soit ensuite inoculée à distance relativement éloignée du premier accident.

L'hypothèse d'ailleurs des chancres successifs n'est pas nouvelle, la syphilis, maladie locale au début, ne se généralise que plus tard et certains syphiligraphes espèrent même pouvoir arrêter son développement dès la lésion initiale et empêcher l'apparition des accidents secondaires. Sans que cette preuve soit nécessaire, il est démontré actuellement qu'il peut exister des chancres successifs. Plusieurs observations ont été publiées par MM. Gaucher et Lacapère et une thèse a été faite qui tire des conclusions définitives sur ce sujet.

Voici à ce sujet ce qu'écrivait M. le professeur Gaucher : « il faut donc reconnaître la possibilité d'une auto-inoculation qui peut se produire pendant quinze jours et même trois semaines. La syphilis n'est pas encore généralisée, bien cependant qu'elle ait déjà dépassé le lieu d'inoculation. Les chancres successifs se font toujours avant l'apparition de la roséole, alors qu'il n'est pas certain que la diffusion de la syphilis soit complète. »

Il serait donc possible que primitivement localisé en un point du limbe préputial, le chancre s'étende de proche en proche par inoculations successives.

Mauriac, d'autre part, a décrit un phagédénisme particulier du chancre syphilitique. Quand on compare, dit-il, ce phagédénisme en miniature, pour ainsi

dire, toujours passager et d'une durée très courte avec celui qui complique la chancelle, on doit être convaincu qu'une pareille déviation est beaucoup plus apte à se développer sous l'influence de cette dernière que sous l'influence du chancre syphilitique ». Rollet croit en effet que la plupart des cas de phagédénisme syphilitique primitif sont le résultat d'une chancre mixte. Cependant Mauriac insiste et signale quelques observations où lui-même aurait constaté le phagédénisme de chancres syphilitiques particulièrement développés.

Les Annales des maladies vénériennes ont publié l'année dernière certaines observations de chancres atypiques où les lésions ayant débuté par une petite lésion s'étaient agrandies progressivement pour atteindre des proportions considérables, notamment à la face et dans la région cervicale.

Le chancre en couronne du limbe préputial procède-t-il de la même façon et peut-on dans ce cas parler de phagédénisme.

Nous n'avons pas la prétention de conclure. Cependant, que le chancre en couronne soit dû à des inoculations multiples et primitives, qu'il soit secondaire à des inoculations successives ou à un phagédénisme particulier, le prépuce n'en constitue pas moins une région particulièrement propice aux multiples érosions qui peuvent faciliter soit l'inoculation, soit le développement secondaire de cette variété de chancre.

Très mobile, plus ou moins long, ramassé parfois

en un phimosis naturel que favorise par leur perpétuel contact la propagation des lésions à tout le pourtour du limbe, le prépuce est sujet à des exco-riations soit d'ordre mécanique ou infectieux qui sont autant de portes d'entrée ou de causes de dissé-
mination du chancre en couronne.

L'érection et le coït avec tous ses modes habituels plus ou moins violents et traumatisant le prépuce, la blennorrhagie concomitante et les chancres mous antérieurs, sont autant de circonstances favorisant sur le prépuce le développement du chancre en cou-
ronne.

Nous voulons insister d'autant plus sur chacun de ces points que nous en trouvons la justification dans nos observations. L'interrogatoire nous a révélé en effet que plusieurs de nos malades présentaient un phimosis bien avant l'apparition des accidents qui les amenaient à l'hôpital. Chez beaucoup d'autres une blennorrhagie avait suivi de quelques jours le coït infectant venant compliquer la situation et aug-
menter les difficultés de diagnostic comme nous aurons occasion de le voir dans la suite.

Enfin chez deux de nos malades nous avons observé la transformation de la couronne de chancres mous en autant de chancres indurés, qui s'étaient développés après coup pour se substituer entièrement au lieu et place des premiers.

Bien que nous n'ayons pas eu occasion de le voir chez nos malades, l'herpès, si fréquent et si particu-
lièrement tenace au prépuce doit être signalé, car il

peut comme pour les accidents d'ordre mécanique ou infectieux, servir de surface d'implantation au chancre en couronne.

En résumé l'étiologie du chancre en couronne est sensiblement analogue à celle de tout autre chancre du prépuce, cependant certaines lésions préexistantes peuvent être la cause occasionnelle de son développement et de son extension.

DESCRIPTION CLINIQUE DU CHANCRE EN COURONNE DU LIMBE PRÉPUTIAL

Les observations qui ont permis à MM. Gaucher, Bizard et Bralez de décrire le chancre en couronne ont été recueillies dans les salles militaires et civiles, ainsi qu'à la polyclinique du service du professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis. En voici le résumé :

OBSERVATION I (Fiche 36.549)

(Due à MM. Gaucher, Bizard et Bralez (1)).

P... vingt-trois ans, vient consulter à la polyclinique le 12 février 1915. Depuis une dizaine de jours, il présente un *phimosi*s très serré, empêchant tout mouvement de retrait du prépuce. Celui-ci, de grande dimension, est ramassé à son extrémité en une masse dont le palper révèle l'induration accentuée en avant du gland.

Il y a des ganglions non douloureux dans les deux aines, mais un plus volumineux et mobile, à droite. La réaction de

1. Professeur Gaucher, Bizard, et Bralez (*le Chancre en couronne du limbe préputial* (*Annales des maladies vénériennes*, n° 6, 1915).

Wassermann est positive. Le malade est soumis au traitement mercuriel.

Après une première série de quinze injections sous-cutanées profondes, dans la région fessière, de benzoate d'hydrargyre au centième, de deux centigrammes chaque, on peut forcer légèrement le phimosis, ce qui permet de voir sur le limbe du prépuce, une cicatrice blanchâtre formant tout autour de l'organe un anneau complet.

On continue des piqûres mercurielles auxquelles on ajoute une dose quotidienne de deux grammes d'iodure de potassium. Vingt jours plus tard, la guérison de la lésion locale est complète : le gland peut être entièrement mis à nu, mais il persiste sur le prépuce une bande fibreuse cicatricielle, en couronne, vestige de l'accident primitif. Le gland reste sclérosé définitivement et chaque nouveau rapport coûtant des éraillures douloureuses, le malade comprend la nécessité de se faire opérer et vient de lui-même réclamer l'excision de son prépuce.

OBSERVATION II (Fiche 37.073)

(Due aux mêmes auteurs.)

B... vingt-cinq ans, contaminé par sa femme, traitée dans le service, se présente à la consultation de la polyclinique avec une roséole caractéristique, le 4 avril 1915.

L'accident initial siégeait à la partie supérieure de la verge, dans la portion cutanée du prépuce. On peut observer encore le chancre en voie de cicatrisation, sous forme d'une ulcération en demi-lune, reposant sur une base très indurée et

entourée d'une zone cicatricielle ayant tendance à entraîner la rétraction du tissu voisin, et déterminant par suite un phimosis incomplet ; l'induration, en effet, a fait perdre au prépuce toute élasticité dans sa portion supérieure, mais la partie inférieure a conservé toute sa souplesse, permettant ainsi le glissement limité sur le gland.

OBSERVATION III (Fiche 36.626)

(Due aux mêmes auteurs.)

M... vingt-deux ans, admis dans les salles militaires de la clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis, le 24 février 1915, pour roséole et syphilides papulo-croûteuses du scrotum.

L'accident initial se trouve sur le prépuce. Celui-ci est particulièrement long, « à sous-pied » et donne au toucher l'impression d'une masse unique, dure, placée en amont du gland. On a ainsi une véritable poche préputiale rétrécie, ratatinée à son extrémité, et renfermant le gland rendu de ce fait invisible, mais dont on devine la forme, et que la palpation permet de détacher de la masse indurée du prépuce. Malgré ce phimosis concomitant, on constate sur le limbe préputial toute une couronne de petits chancres croûteux et indurés, séparés les uns des autres par des sillons ulcérés, verticaux. Adénopathie inguinale bilatérale.

Tous ces accidents disparaissent par le traitement mercuriel et ioduré et le malade quitte le service, muni d'une ordonnance pour lui permettre de poursuivre ultérieurement

une médication régulière, mais il conserve un prépuce scléreux, qui aura tendance à s'érailler facilement et qui nécessitera sans doute une intervention chirurgicale.

OBSERVATION IV (Fiche 37.431)

(Due aux mêmes auteurs.)

Le zouave B..., vingt-trois ans, admis également dans les salles militaires de la clinique, le 14 avril 1915, présente sur la portion cutanée du prépuce, à la partie supérieure, plusieurs chancres indurés disposés en couronne autour de la verge et dont l'un plus volumineux revêt la forme d'un croissant. Il en résulte une bride semi-annulaire, n'intéressant qu'incomplètement le limbe resté en partie souple, le phimosis permettant cependant de voir le méat urinaire.

Dans les deux régions inguinales existe la pléiade ganglionnaire classique, dure, non douloureuse.

OBSERVATION V (Fiche 36.636)

(Due aux mêmes auteurs.)

L'artilleur P..., trente-deux ans, envoyé à l'hôpital Saint-Louis le 25 février 1915 pour gale, présente aussi une blennorrhagie aiguë datant de trois semaines; l'examen détaillé du malade révèle une volumineuse adénopathie inguinale double et une roséole très nette. Sur tout le pourtour du nimbe préputial, on voit une cicatrice en couronne, siège de l'accident primitif. Il persiste d'ailleurs à mi-hauteur du

gland un phimosis serré, permettant de voir la portion balanique terminale, mais qui empêche le retrait du prépuce, manœuvre rendue douloureuse au plus haut point, par suite de la présence de quelques fissures incomplètement cicatrisées.

OBSERVATION VI (Fiche 36.986)

(Due aux mêmes auteurs.)

P..., vingt ans, soldat d'artillerie, avait déjà une blennorragie depuis un mois, lorsqu'il entre à l'hôpital avec une roséole syphilitique, en mars 1915. Il y a dans les deux aines de gros ganglions douloureux, et la verge œdématiée, est énorme « en massue ». Un phimosis empêche toute tentative de réduction et, comme c'est la règle, masque des lésions sous-jacentes. Cette infiltration inflammatoire a été d'ailleurs en partie déterminée et à coup sûr entretenue par le pus et l'urine, qui s'écoulent difficilement à travers les lèvres du limbe préputial boursouflé et distendu.

L'adénopathie et l'induration anormales du prépuce, que la palpation révèle à travers l'œdème mou des tissus environnants, permettent de poser sans le moindre doute le diagnostic de chancre induré, et le malade est mis d'autorité au traitement mercuriel.

Quelques lavages locaux et plusieurs piquûres de benzoate d'hydrargyre permettent bientôt le retrait du prépuce et laissent voir un chancre induré en fer à cheval, ou chancre en couronne incomplet du limbe préputial. On continue donc la même médication et l'état du malade s'améliore rapidement.

OBSERVATION VII (Fiche 34.803)

(Due aux mêmes auteurs.)

Le dragon P..., vingt-deux ans, a été soigné dans les salles militaires, pendant le mois de septembre 1914, pour une couronne de petits chancres mixtes de la portion cutanée du prépuce avec adénopathie bilatérale douloureuse, lésions qui disparurent rapidement sous la double influence du traitement mercuriel et de soins locaux.

Ce malade est intéressant à un double titre ; il a été en effet adressé au professeur Gaucher, pour des chancres mous et ce diagnostic a été vérifié être exact, puis peu à peu les diverses chancres se sont transformées en autant de chancres mixtes, avec l'induration caractéristique. Cette évolution répondait d'ailleurs d'après les renseignements fournis par le malade à la durée normale d'incubation du chancre mou et du chancre induré : le malade a vu en effet les chancres mous apparaître cinq jours après coït infectant et la transformation en chancres mixtes s'est opérée trois semaines plus tard.

OBSERVATION VIII (Fiche 46.620)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gaucher. Inédite)

G..., vingt ans ; quarante jours après rapport avec une prostituée, a vu apparaître un chancre, et un mois environ après ce dernier, une roséole très nette. A été soigné à son corps uniquement par des pilules de protoiodure. Trouvant

que son état ne s'améliorait pas après trois mois de ce traitement, il profite d'une permission pour venir consulter à la polyclinique du professeur Gaucher. On trouve à l'examen d'un chancre induré en couronne du bord libre du limbe préputial, formant un anneau complet qui empiète d'environ un centimètre de largeur, sur la face cutanée du limbe préputial.

OBSERVATION IX (Fiche 45.987)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gaucher. Inédite.)

F..., trente et un ans. Il y a deux mois, un mois environ après un rapport suspect, apparition sur le limbe préputial d'une ulcération qui s'est développée progressivement, suintait, mais n'empêchait pas alors de découvrir le gland. Assez rapidement la lésion s'étendit et bientôt le phimosis était constitué.

Quinze jours après, c'est-à-dire, un mois et demi après coït, et alors que l'état local s'aggravait, apparut une adénite inflammatoire avec un bubon suppuré du côté gauche.

Actuellement le malade présente une verge en battant de cloche avec peau du fourreau œdématiée, rouge, d'autant plus violacée qu'on se rapproche de la périphérie du prépuce. Par l'orifice du prépuce suinte un pus peu épais. Le phimosis est assez développé pour empêcher de voir les lésions, mais, à la palpation, en faisant rouler la peau du prépuce sur les doigts (index et médus) on perçoit sur la moitié gauche une masse indurée, en demi-anneau, plus longue que large, dont on distingue bien les contours. Localement le malade

Éprouve une vive douleur, surtout marquée la nuit, qui l'empêche de dormir.

Adénopathie dure à droite avec gros ganglions indolores ;
bubon suppuré à gauche, dû à l'infection surajoutée en raison
du phimosis.

Le malade est mis au traitement mercuriel (benzoate sous-cutané) et à l'iodure de potassium.

OBSERVATION V (Fiche 45.987 bis).

(Due à l'obligeance du professeur Gaucher (Inédite).

Depuis trois semaines environ existent sur le limbe préputial des lésions érosives, empêchant de découvrir le gland. Le malade qui n'aurait pas remarqué l'apparition des premiers accidents s'est aperçu un jour qu'il ne pouvait plus ramener le prépuce en arrière. Aucune douleur, léger suintement.

Actuellement phimosis légèrement serré permettant d'apercevoir le méat. Sur la périphérie du bord libre préputial, existe un chancre en couronne formé de plusieurs petites masses, pressées les unes contre les autres, les plus volumineuses siégeant de chaque côté du filet, à la partie postérieure, pour diminuer de dimension à la partie antérieure. Quelques-unes de ces masses s'étendant sur la portion cutanée du prépuce sont garnies de croûtes noirâtres.

Pléiade ganglionnaire satellite des deux régions inguinales, sans prédominance marquée pour un côté spécialement.

Pas de blennorragie, ni des chancres.

OBSERVATION XI (Fiche 45.803).

(Due à M. le professeur Gaucher (Inédite).

W..., trente-neuf ans.

Huit jours après un coït, apparition d'un chancre mou avec adénite suppurée consécutive. La réaction de Wassermann faite à cette époque s'est montrée négative.

Peu à peu la lésion s'indurait, présentait le ressaut cartilagineux et de plus en plus une coloration rouge sombre.

Après 42 piqûres de cyanure, il ne restait plus du chancre qu'une bride cicatricielle s'étendant en demi-anneau sur le limbe et la partie cutanée. Adénite à peu près cicatrisée. Ni roséole, ni plaques muqueuses.

OBSERVATION XII (Fiche n° 44.622).

(Due à M. le professeur Gaucher (Inédite).

C..., vingt-huit ans, marbrier entre à l'hôpital le 22 février 1917.

Il est atteint de blennorragie et de chancres en couronne multiples du limbe préputial.

Phimosis séré, balano-posthite, œdème du prépuce et verge en battant de cloche.

Adénopathie inguinale, compliquée d'adénite suppurée.

Les dernières lésions apparues secondairement datent de dix jours.

Rapports sexuels avec plusieurs prostituées, les uns remontant à une dizaine de jours, d'autres à trois semaines.

Série de traitement, amélioration locale permettant de réduire le phimosis, de voir les lésions syphilitiques en voie de cicatrisation et quelques végétations papillomateuses qui sont excisées aussitôt.

OBSERVATION XIII (Fiche n° 43.891).

(Due au professeur Gaucher (Inédite)).

X..., officier arrive de la zone des armées et vient consulter à Saint-Louis le 11 janvier 1917.

Il est atteint de gale et d'une couronne de chancres composés de noyaux indurés multiples, disséminés au pourtour du prépuce.

Les lésions datent de huit jours environ.

Phimosis peu marqué. Pas d'œdème.

Adénopathie inguinale prédominante à gauche.

Il amène en même temps son amie à la consultation, qui est en pleine période de syphilis secondaire.

On institue aussitôt le traitement.

OBSERVATION XIV (Fiche n° 38124)

Due au professeur Gaucher (Inédite)

M..., dix-neuf ans, tondeur, se présente à la consultation de la polyclinique le 5 juillet 1915. Depuis une quinzaine de jours il est atteint d'un chancre en couronne du limbe pré-

putial. Celui-ci bourgeonnant, œdématisé, est recouvert de noyaux indurés séparés par des fissures transversales et détermine un demi-phimosi, laissant voir l'extrémité du gland, qui présente lui-même des érosions chancriformes.

Le fourreau de la verge est réduit à néant et la couronne formée par le limbe préputial est appliquée directement et comme accolée au pubis.

Le malade, à sa naissance, était atteint d'extrophie vésicale. Il a été opéré et c'est ce qui explique ce nanisme pénien. On constate une adénopathie bilatérale volumineuse. Après une série de piqûres de benzoate d'hydrargyre, on note une amélioration notable.

OBSERVATION XV (Fiche n° 41.467)

Due au professeur Gaucher (Inédite)

F..., quarante-quatre ans, présente depuis six semaines un chancre induré en couronne formant demi-anneau autour du prépuce et s'étendant sur la portion cutanée où il est nettement visible et d'un diagnostic facile.

Phimosi peu marqué.

Adénopathie inguinale bilatérale.

Roséole.

Quinze piqûres consécutives de benzoate d'hydrargyre.

Six mois plus tard, le malade a négligé son traitement, il revient avec des syphilides de la face et acné du dos.

Lotion soufrée et reprise du traitement mercuriel.

OBSERVATION XVI (Fiche n° 42.358)

Due au professeur Gaucher (Inédite)

S., dix-huit ans, ajusteur, a vu apparaître des lésions du prépuce, un mois après rapports sexuels, lorsqu'il vient consulter le 1^{er} septembre 1916.

Il présente une couronne de chancres multiples, les uns crouteux, les autres ulcéreux, du limbe préputial déterminant un phimosis léger.

Adénopathie inguinale bilatérale.

Angine érythémateuse simple sans plaques muqueuses.

Quelques syphilides papuleuses de la face.

Amélioration après quinze piqûres.

OBSERVATION XVII (Fiche n° 42.449)

Due au professeur Gaucher (Inédite)

M..., cinquante-huit ans, manœuvre, vient consulter le 11 septembre 1916.

Il est atteint d'un chancre en couronne du limbe préputial avec balano posthite.

Fourreau œdématié. Verge en battant de cloche, phimosis serré.

Grosse adénopathie inguinale bilatérale.

On commence le traitement mercuriel et ioduré.

OBSERVATION XVIII (Fiche n° 44.351)

Due au professeur Gaucher (Inédite.)

R..., trente-trois ans, employé d'une compagnie de chemins de fer, se présente à la polyclinique le 8 février 1917.

Chancres multiples en couronne de la portion muqueuse et du limbe préputial avec noyaux durs, ulcérés, à contours irréguliers.

Apparition trois semaines après rapports sexuels.

Adénopathie inguinale dure, mobile, indolore, surtout marquée à gauche.

Amélioration par le traitement.

OBSERVATION XIX (Fiche n° 42.505)

Due au professeur Gaucher (Inédite.)

R..., trente-trois ans, maçon, se présente à la polyclinique le 10 septembre 1916.

Il est atteint de gale et d'un large chancre en couronne du limbe préputial dont le début remonte à trois semaines.

Phimosi léger permettant de voir les lésions.

On commence le traitement mercuriel et on fait frotter le malade.

Quelques jours après, récidiye de gale et syphilides de la face externe des cuisses.

• Nouveau traitement de la gale et série de piqûres.

OBSERVATION XX (Fiche n° 45.079)

Due au professeur Gaucher (Inédite.)

M..., dix-neuf ans, vient consulter le 18 mars 1917.

Il est atteint depuis quinze jours d'un large chancre en couronne du prépuce, constitué par une masse unique qui détermine un léger phimosis et est nettement perceptible à la palpation.

Adénopathie inguinale double.

Les lésions datent de quinze jours.

On commence aussitôt une série de piqûres.

Le chancre en couronne a donc présenté des modalités cliniques assez différentes chez les quelques malades dont les observations viennent d'être rapportées. Nous allons décrire ces différents aspects en nous aidant de l'étude qu'en ont faite MM. Gaucher, Bizard et Bralez, et des faits rapportés par Mauriac dans ses leçons.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — *Chancre du bord libre du prépuce.* — Le chancre induré occupe toute la circonférence du bord libre du prépuce, siégeant entièrement sur la face cutanée, et respectant la portion muqueuse de cette membrane. En ramenant très légèrement le prépuce en arrière, la lésion se montre d'elle-même à l'examen, sous forme d'une bande circulaire, siégeant sur tout le pourtour du limbe

préputial. Quelques fissures viennent seulement interrompre la continuité de ce ruban chancreux et sont le siège de brûlures au passage de l'urine. Leur sensibilité peut être telle qu'elle interdise toute tentative de découvrir le gland.

De même qu'on l'observe pour tous les chancres cutanés, on se trouve en présence d'une ulcération surélevée recouverte d'une croûte peu adhérente d'ailleurs, se détachant par places facilement, s'effritant en quelque sorte, du fait des exsudations de la région et des tiraillements auxquels est soumis le prépuce.

La lésion en relief entoure dans sa presque totalité le limbe préputial, formant une couronne autour de ce limbe, et apparaissant lorsque la croûte est détachée, sous forme d'un anneau régulier atteignant au plus un demi-centimètre de longueur.

La couleur de l'ulcération est rouge, chair musculaire, la surface saigne facilement ; au toucher, nous avons la sensation d'un disque induré, enserrant l'ouverture du prépuce, empêchant son retrait et se prolongeant en arrière sur un segment assez important de la poche préputiale, ce qui entraîne un phimosis serré.

Le palper à travers la base du prépuce resté souple, ne laisse sentir aucun noyau dur ou rénitent, caractéristique comme on sait, d'un chancre du sillon balano-préputial.

L'adénopathie est bilatérale, plus marquée cependant d'un côté.

D'autres fois l'érosion du prépuce est diffuse, et envahit la peau de la partie antérieure de cette membrane, qui présente alors, sur une partie ou sur la totalité de son pourtour, une surface dépouillée d'épithélium, d'une coloration rouge foncée, laissant suinter une sérosité visqueuse qui se concrète.

Dans d'autres cas encore, la croûte recouvrant le chancre peut être assez développée et la sérosité assez abondante pour donner au chancre un aspect pseudo-ecthymateux.

La néoplasie syphilitique peut être envahissante ; elle peut gagner la peau du prépuce, le tissu cellulaire sous-cutané, la muqueuse, et scléroser toute la partie antérieure du prépuce. Le chancre peut même s'étendre plus loin, jusqu'à la base de l'organe, et convertir tout le capuchon préputial en une coque dure, rigide, élastique, tout à fait semblable à une boule creuse en caoutchouc, de façon qu'en la pressant et en la laissant se dilater alternativement, l'air qui entre et sort par l'orifice préputial, forme des bulles dans le flux séro-purulent qui s'échappe de la cavité glando-préputiale. Cette vaste hyperplasie coïncide très souvent avec les gros chancres du filet qui s'unissent à ceux du limbe, à ceux du méat et à la sclérose de la partie antérieure du gland. Il en résulte que toute l'extrémité de la verge devient un gros chancre induré, d'une consistance ligneuse, qui se trouve par l'excès de sa prolifération et par l'espèce d'étranglement que les parties exerceront les unes

sur les autres, dans les conditions les plus propres à subir, pour peu que les circonstances s'y prêtent, de nécrobiose centrale, ou même, des complications plus graves telles que la gangrène et le phagédénisme.

Mais le processus n'aboutit que rarement à cette facheuse terminaison. On voit souvent de petits chancres du limbe, remarquables par leur bénignité et leur durée éphémère, qui ne consistent qu'en une petite induration arrondie, ou en un cordon très court, semblable à un lymphatique induré.

Par contre, Mauriac a vu des chancres volumineux du limbe s'enflammer, s'étendre du côté de la muqueuse et se convertir en une ulcération phagédénique qui ronge rapidement le pourtour de l'orifice préputial.

DEUXIÈME VARIÉTÉ. — *Chancre en collerette.* — Les rhagades sont multiples, divisant la couronne du chancre, tout en laissant à ce dernier les caractères principaux qui viennent d'être indiqués, mais en lui donnant l'aspect d'une collerette.

TROISIÈME VARIÉTÉ. — *Chancre en couronne incomplète.* — Le chancre au lieu d'occuper tout le pourtour du prépuce, ne s'étend que sur une partie, ayant par suite l'aspect d'un croissant, d'une demi-lune, c'est le chancre en couronne incomplète. Mais ici l'induration déborde la lésion visible, et tandis que le chancre n'occupe qu'une partie du limbe prépu-

tial, l'induration encercle ce limbe à la façon d'un anneau scléreux, inclus sous la surface cutanée.

QUATRIÈME VARIÉTÉ : *Couronne de chancres*. — La couronne est divisée en plusieurs segments laissant entre eux des intervalles, d'ailleurs peu importants, de peau saine non ulcérée. On n'a donc plus un chancre en couronne au sens où nous l'avons défini plus haut, mais une couronne de chancres indurés.

Il n'y a là du reste, ainsi que le fait remarquer le professeur Gaucher, qu'une division superficielle, car, comme pour le chancre en demi-lune, les noyaux indurés se confondent au point de ne former qu'une couronne sous-jacente d'induration.

CINQUIÈME VARIÉTÉ. — *Chancre mixte en couronne*. — Dans deux de leurs cas, MM. Gaucher, Bizard et Bralez ont observé la transformation d'une couronne de chancres mous en chancres indurés.

Cette dernière remarque ne fait que confirmer toute une série d'observations semblables où l'on voit la syphilis se surajouter à l'infection chancrelleuse préexistante.

M. le professeur Gaucher a montré dans son enseignement, la fréquence des chancres mixtes, à ce point qu'il faut tenir pour suspect tout chancre mou, si classique qu'il puisse être dans ses manifestations cliniques. Il faudra donc suivre avec soin le malade, faire toutes les explorations de laboratoire nécessaires : recherche patiente et fréquente du tréponème à l'ultra-microscope, réaction de Wasser-

mann, et, dès que l'on pourra avoir la certitude de l'existence de l'infection syphilitique, appliquer aussitôt le traitement spécifique.

Les chancres en couronne du prépuce, quelle que soit leur variété, gardent les principaux caractères des chancres cutanés ou cutanéomuqueux.

Parfois, les lésions empiètent sur la face muqueuse et n'apparaissent alors clairement à la vue, qu'en ramenant le prépuce en arrière, sans que jamais il soit possible de mettre complètement le gland à nu.

Ces lésions s'accompagnent toujours de *ganglions* inguinaux caractéristiques qui sont très rapidement et parfois même dès le début, bilatéraux. Mais comme le fait remarquer Mauriac, il faut bien se souvenir qu'il n'existe aucune relation entre la gravité du chancre infectant et le développement plus ou moins considérable de l'adénopathie satellite. Mauriac a observé des chancres infectants et phagédéniques suivis des syphilis les plus malignes qui n'auraient eu sur les ganglions de l'aîne qu'un retentissement insignifiant et tout à fait incapable à lui seul de mettre sur la voie du diagnostic.

COMPLICATIONS DU CHANCRE SYPHILITIQUE

DU LIMBE PRÉPUTIAL

Le chancre syphilitique du limbe peut se compliquer de *lymphopathie du canal lymphatique dorsal de la verge, d'œdème dur du prépuce*, et surtout de *balano-posthite et de phimosis*.

La balano-posthite infectante avec phimosis représente, d'après Mauriac, une des manifestations les plus communes de l'accident primitif, lorsqu'il est multiple et qu'il occupe simultanément les parties qui constituent l'extrémité antérieure de la verge. « Il en est de ces échauffements externes comme des échauffements internes ». Ils exposent trop souvent à cette surprise de les voir suivis, au bout de deux ou trois mois, des accidents secondaires de la syphilis. De même que souvent le simple échauffement urétral n'est que la traduction d'un chancre du méat urétral, de même, la balano-posthite, attribuée trop souvent à quelque cause banale d'irritation, est le plus souvent en rapport avec un chancre syphilitique qu'elle dissimule. En présence d'une balano-posthite, on devra donc palper avec le plus grand soin le limbe préputial, afin de sentir les

zones indurées qui peuvent exister sous le capuchon ; explorer les aines, à la recherche des ganglions caractéristiques, apprécier aussi exactement le temps qui s'est écoulé entre le coït infectant et l'apparition des premiers phénomènes de la balano-posthite et du phimosis.

Le plus souvent on parvient à sentir à travers l'enveloppe préputiale les noyaux ou les plaques d'induration sous-jacentes ; mais quelquefois il existe un œdème considérable et dur du prépuce qui fait que la lésion sous-jacente échappe au toucher. On doit cependant penser, même dans ces cas, à la syphilis, car l'œdème scléreux de l'organe ne s'observe que dans les cas de chancres balano-préputiaux.

Une des balano-posthites avec phimosis des plus insidieuses, est celle qui est due à une infection syphilitique d'herpès balano-préputial. D'après Mauriac la pathogénie de cette lésion est la suivante : l'herpès enflamme toute la muqueuse qui secrète alors une grande quantité de pus ; l'orifice se rétrécit et le gland reste couvert. Les petites indurations foliacées de l'herpès ne peuvent pas se percevoir à travers la peau et le tissu cellulaire plus ou moins œdématisé. Dans bien des cas, le diagnostic est donc des plus obscurs et doit être réservé. Mais le plus souvent les signes deviennent plus caractéristiques : induration générale ou circonscrite du limbe, existence d'un cordon induré dans l'épaisseur du prépuce œdème dur, et adénopathie souvent énorme.

Citons encore, la balano-posthite due à un chancre

de la partie moyenne du prépuce, bien que ce chancre soit rarement en couronne et ne rentre pas dans le type clinique à l'étude duquel nous avons consacré ce mémoire.

Le phimosis dans ce cas ne tient pas à l'étroitesse du limbe, quoiqu'elle existe presque toujours ; il dépend de la modification de l'organe qui ne lui permet pas de se déplisser. C'est peu à peu que s'établit cette variété de l'accident primitif. Il y a d'abord une phase sub-inflammatoire caractérisée par la rougeur sombre des téguments et une suffusion plastique dans le tissu cellulaire sous-cutané. Si le chancre siège sur la muqueuse, on peut quelquefois l'y percevoir à travers la peau. S'il siège extérieurement sur le feuillet cutané, on voit en un ou plusieurs points, des érosions très superficielles, légèrement granuleuses et ecchymotiques, ou autres, quelquefois formées de zones concentriques à nuances variées et vernies par le liquide séro-gommeux qui suinte à leur surface. Leurs bords ne sont pas toujours nettement circonscrits ; ils se perdent dans la gangue plastique qui constitue l'œdème dur si fréquent au pourtour de certains chancres syphilitiques.

Ces indurations en plaque de la peau et de la muqueuse préputiale peuvent se résoudre sans s'ulcérer profondément et sans laisser de cicatrice à leur suite. D'autres fois, leur partie centrale se ramollit, se fond, s'ulcère, et il en résulte une sorte de fistule par perforation de la peau et de la muqueuse. Il n'y a pas gangrène, mais seulement destruction atro-

phique sur un point circonscrit. L'affection guérit facilement, le prépuce récupère à la longue sa souplesse normale, mais la fistule persiste, et c'est là le seul élément fâcheux du pronostic des chancres de la partie moyenne du prépuce.

Il est encore un cas dans lequel la balano-posthite et le phimosis sont inévitables : c'est d'après Mauriac lorsqu'il existe à la fois des chancres de la rainure, de la couronne, du reflet préputial et du limbe. Il semble que l'irritation inflammatoire de la muqueuse glando-préputiale se fait plus facilement d'arrière en avant que dans le sens contraire. Mais l'une des principales causes de la balano-posthite dans ce cas, est le contact incessant et forcé de deux feuillets muqueux avec les produits morbides plus ou moins irritants qui découlent des érosions et des ulcérations chancreuses. Il faut tenir compte aussi de l'entrave que la présence de ces masses indurées au point de jonction du gland et du corps caverneux, apporte dans la circulation sanguine et lymphatique. Un flux plus ou moins abondant de pus se mêle aux produits séro-gommeux des chancres indurés sous-préputiaux.

Le balano-posthite peut arriver à produire les désordres les plus graves, parmi lesquels il faut citer avant tout la *gangrène*.

Le prépuce se tuméfie, devient rouge, luisant, tendu ; un écoulement sanieux se produit, indice de la lésion intense de la muqueuse.

Les chancres se modifient bientôt ; ils augmentent

de volume, puis régressent, et la gangrène s'installe et se développe avec une effrayante rapidité.

Les tissus hyperplasiés se détruisent, le gland étant beaucoup plus atteint que le prépuce : ce dernier durcit simplement, ou se gangrène sur une petite partie de son pourtour. Dans quelques cas cependant le prépuce peut être le siège de destructions très étendues, comme c'est le cas dans l'observation suivante de Mauriac :

« En décembre 1877, je reçus, salle 8 de mon hôpital, un homme âgé de cinquante ans, qui présentait les symptômes les plus aigus d'une balanoposthite avec phimosis. Un mois auparavant, et quatre-vingt-dix-huit jours après le dernier coït, il lui était survenu un bouton derrière la couronne, qu'on avait fait panser avec des pommades irritantes. Bientôt après, paraphimosis qu'on réduisit, puis phimosis et balanoposthite. La gangrène qui était imminente ne tarda pas à se produire. Elle envahit en quelques heures la moitié antérieure du fourreau et toute la surface supérieure du prépuce située derrière le limbe. L'escharre étant tombée, il resta une grande ouverture à travers laquelle le gland fit hernie. La couronne était en partie détruite. Les corps caverneux, bien que mis à nu dans une grande étendue, restaient intacts. La guérison fut assez rapide. Les ganglions inguinaux étaient peu développés. Je ne savais que penser de l'accident initial qui avait produit cette affection gangréneuse et qui était gangréneux lui aussi. Mais je ne tardai pas à

être éclairé. Trente-cinq jours, en effet, après le début du chancre balano-préputial, une roséole papuleuse confluyente se montra sur toute la surface du corps. Le malade était alcoolique ; ses urines ne contenaient pas de sucre. »

L'œdème scléreux, qui envahit le prépuce dans ces sortes de balano-posthites infectantes gangréneuses, ne reste pas toujours limité à l'organe et au fourreau de la verge. Il peut s'étendre jusqu'à l'aine et y former une tumeur gangréneuse.

Parmi les causes des complications gangréneuses graves, il faut citer, comme causes prédisposantes générales : la débilité, la vieillesse, les cachexies, la glycosurie, l'alcoolisme, les pansements irritants, les fatigues excessives, etc...

Les troubles généraux que peut entraîner l'évolution gangréneuse que nous venons d'indiquer sont, dans certains cas, très marqués : fièvre, sueurs abondantes, prostration intense, avec quelquefois délire.

La destruction des tissus peut dans certains cas atteindre une artère et être la cause d'hémorragies parfois alarmantes. On devra toujours dans ce cas inciser le prépuce, de façon à pouvoir aller à la source de l'hémorragie.

Dans le chancre du prépuce comme dans les autres chancres de la verge on peut observer la *lymphangite du canal dorsal de la verge*, pouvant dans certains cas atteindre un volume considérable,

aboutissant à des ganglions qui sont d'un volume moyen.

Les chancres syphilitiques de la région préputiale peuvent être le siège de *douleurs* intenses.

Chez un malade de Mauriac, un chancre sous-préputial qui évoluait assez régulièrement devint le siège de douleurs si atroces, si continues, que tout sommeil se perdit et qu'il survint un état de faiblesse générale, d'amaigrissement et même de cachexie sans rapport avec la gravité de la lésion. La douleur était bien la cause de cet état qui ne tarda pas à disparaître avec elle. Cette douleur peut s'expliquer par une atteinte des nerfs de la peau et de la muqueuse de la région où siège le chancre. Mais ces nerfs peuvent être lésés sans phénomènes douloureux : c'est le cas notamment d'un chancre indolent observé par Mauriac et dont l'histologie a été étudiée par Cornil.

En étudiant la balano-posthite, nous avons indiqué l'existence d'un *phimosi*s : c'est la complication banale du chancre en couronne et qui assombrit son pronostic.

Ce phimosi

est tout différent de celui qui est causé par l'infiltration qu'on rencontre d'ordinaire dans les chancres de la rainure balano-préputiale, où le prépuce est épaissi et comme « bouffi », revêtant alors davantage les caractères de l'intumescence inflammatoire, en massue à base inférieure, ou en battant de cloche (Gaucher).

Dans le cas du chancre en couronne, le phimosi

comme l'a montré le professeur Gaucher, est dû à l'induration qui rétrécit l'anneau inférieur devenu ainsi rigide, non élastique et de consistance ligneuse.

Les caractères de ce phimosis varient avec la longueur du prépuce. Lorsque le prépuce est très développé en longueur, l'induration partant sur la région du limbe, l'extrémité préputiale est ramassée sur elle-même en avant du gland, sous forme d'une masse indurée que le palper et quelquefois simplement la vue permet de délimiter facilement.

Le prépuce tendu sur le gland donne ainsi l'aspect d'une véritable poche préputiale fermée en avant du méat urinaire, comme par les liens d'une bourse.

Cette rigidité s'étend parfois beaucoup en avant sur le prépuce qui prend alors l'aspect d'une coque inextensible. Le prépuce est alors figé en état de phimosis, et s'infecte avec la plus grande facilité donnant la balano-posthite dont la description a été faite précédemment.

Au contraire, lorsque le prépuce est plus court, l'anneau du phimosis encercle le gland à une hauteur variable en laissant voir son extrémité, sans pouvoir cependant se distendre assez pour être ramené en arrière. Toute tentative de réduction est douloureuse et ne fait qu'agrandir rhagades et fissures.

Enfin le phimosis par chancre en couronne du limbe diffère encore du phimosis consécutif ou chancre du sillon balano-préputial par le caractère évolutif suivant :

Tandis que l'infiltration qui accompagne le chancre du sillon balano-préputial se résout ultérieurement, le prépuce récupérant toute sa souplesse, au contraire, la cicatrisation du chancre en couronne du limbelaisse un anneau fibreux, simple trame fibreuse d'ordinaire, mais parfois anneau fibreux de hauteur variable, qui pourra constituer un obstacle définitif en retrait du prépuce en arrière. Le traitement de ce phimosis devra donc être chirurgical et ainsi que nous le verrons ultérieurement consistera surtout dans la circonsision.

Les chancres en couronne sont, comme on le voit, susceptibles de s'accompagner de complications qui dans certains cas, heureusement exceptionnels peuvent être alarmants, et dans la majorité des cas se réduisent au phimosis qui peut commander une circoncision ultérieure. Ces complications présentent un grand intérêt à être connues car, masquant le chancre, elles peuvent rendre difficile son diagnostic.

DIAGNOSTIC DU CHANCRE EN COURONNE

Le diagnostic du chancre en couronne peut être plus ou moins difficile suivant que le chancre s'offre à la vue ou au contraire qu'il est masqué par une complication.

Dans le premier cas on aura à faire le diagnostic d'une ulcération, dans le second, celui de la nature de la complication observée.

Lorsque l'on voit le chancre, le diagnostic est le plus souvent aisé : les ulcérations syphilitiques dont la réunion forme le chancre en couronne, sont en effet un peu surélevées et planes, leur teinte est rose ou rouge, leur base présente l'induration caractéristique, dans l'aîne on observe une adénopathie, qui, ainsi que l'ont fait remarquer MM. Gaucher, Bizard et Bralez, peut être bilatérale avec prédominance d'un côté.

L'interrogatoire vient compléter les éléments de diagnostic : la lésion a apparu aux environs d'un mois après le coït infectant, et souvent même les malades arrivent avec la roséole.

Le seul diagnostic à faire est avec la couronne de chancres mous occupant le bord libre du prépuce :

leur aspect, la date de leur apparition après le coït, l'adénopathie douloureuse habituelle, enfin l'absence d'accidents secondaires, permettront d'éliminer le chancre à bacilles de Ducrey.

Parfois le diagnostic peut être des plus délicats dans le cas de chancres mixtes en train d'évoluer du chancre simple vers l'induration. Les malades devront être suivis avec soin et soumis au traitement spécifique dès que l'on aura reconnu l'existence simultanée de la syphilis.

Les méthodes de diagnostic moderne apportent d'ailleurs un précieux appoint à la clinique pour le diagnostic de la nature syphilitique, simple ou, encore, mixte d'un chancre.

L'examen ultra-microscopique met, en effet, le plus souvent en évidence la présence dans le pourtour du chancre induré du *treponema pallidum*. Cette recherche devra être effectuée dans les conditions suivantes : on fera appliquer par le malade sur son chancre des compresses imbibées d'eau bouillie froide pendant deux à trois jours. Il devra se borner à des soins de propreté et éviter de mettre sur la lésion toute pommade.

On recueille avec une pipette capillaire un peu de la sérosité des bords du chancre, et la sécrétion ainsi obtenue est examinée à l'ultra-microscope. Le tréponème peut cependant être absent pour peu que le chancre soit un peu ancien : un examen ultra-microscopique négatif ne veut donc rien dire. Un examen positif au contraire entraîne le diagnostic.

Il en est de même de la réaction de Wassermann. Cette réaction, même pratiquée avec les antigènes les plus sensibles reste négative pendant la période initiale du chancre. Peu à peu l'hémolyse devient de moins en moins intense, et avant la période secondaire, finit par être complètement nulle. On devra donc effectuer à plusieurs reprises la réaction de Wassermann en présence d'un chancre que l'on soupçonne être mixte et ne pas s'arrêter sur une réaction négative.

Très souvent, ainsi que le montrent les observations rapportées au début de ce mémoire, le chancre en couronne est masqué par un phimosis avec ou non balano-posthite concomitante. En présence de ce genre de lésions survenant chez un adulte, environ un mois après un coït suspect, on devra toujours penser à la syphilis qui est la grande cause du phimosis chez l'adulte ; ce n'est qu'après un examen attentif du malade, après l'avoir observé pendant plusieurs semaines, et avoir eu recours aux examens modernes de laboratoire, que l'on pourra renoncer à l'hypothèse de syphilis pour chercher dans une autre voie.

Les balano-posthites syphilitiques peuvent être d'un diagnostic difficile. Au début, et avant que la lésion chancreuse ait pris un grand développement, elles ressemblent beaucoup à la balano-posthite simple. Les commémoratifs ainsi que l'adénopathie mettront plus aisément sur la voie du diagnostic que les caractères de la lésion.

On distinguera la balano-posthile syphilitique de la balano-posthite chancrreuse, par les caractères suivants : dans la balano-posthite syphilitique, les phénomènes inflammatoires sont généralement moins vifs et moins rapides ; l'œdème est dur, plastique et non séreux, séro-purulent, ou erysipélato-phlegmoneux comme dans le cas du chancre à bacilles de Ducrey. Dans la balano-posthite syphilitique le doigt finit toujours par découvrir soit des noyaux, soit des cordons, soit des plaques, soit de grosses masses présentant l'induration symptomatique de l'accident primitif. Ces ulcérations ne sont pas toujours très perceptibles, mais, ultérieurement, elles se dégagent de l'engorgement qui les masquait, et ne se résolvent que très lentement. Au contraire dans la balano-posthite chancrreuse, les doigts ne découvrent, en palpant le prépuce, aucune induration ; parfois il existe un empâtement diffus, mou, jamais d'induration vraie.

On distinguera encore la balano-posthite due au chancre simple de la balano-posthite qui accompagne parfois des végétations communes, se développant sous un prépuce long, à orifice trop étroit pour laisser passer le gland. Les commémoratifs, le processus, l'absence de toute adénopathie, l'augmentation croissante de volume des végétations sous préputiales, permettront de remonter à la cause première de la balano-posthite observée.

En résumé, on évitera dans la plupart des cas une erreur grave en pensant à l'existence d'un chancre

induré avec ou sans phimosis, avec ou sans balanoposthite, et en le mettant systématiquement en traitement, même dans le cas où la phlégmasie préputiale ne permettrait pas d'apprécier aisément les caractères de la néoplasie primitive.

TRAITEMENT DU CHANCRE EN COURONNE

Le traitement du chancre en couronne devra être à la fois général et local.

Le traitement local sera différent suivant que l'on observera un chancre avec phimosis peu développé ou au contraire un chancre avec phimosis très marqué, et balano-posthite plus ou moins développée.

Si le chancre est apparent, on pourra le recouvrir de pommade au calomel au 1/200, ou encore se contenter de le laver deux ou trois fois par jour avec de l'eau bouillie tiède et de le recouvrir d'un linge propre.

Dans le cas de phimosis marqué sous-balano-posthite, on fera pratiquer ces mêmes soins de propreté par le malade entre le prépuce et le gland. On lui fera baigner la verge deux ou trois fois par jour dans une solution antiseptique faible : collargol au 1/50 par exemple, et instiller au moyen d'une seringue quelques centimètres cubes de la même solution entre le limbe préputial et le gland.

Ces soins devront être effectués avec grand soin dans les cas de phimosis compliqués d'une balano-posthite intense : le malade pratiquera des bains de

verge, plusieurs fois par jour, dans des solutions antiseptiques telles que : permanganate de potassium à 1/4000, solutions de collargol, de protargol ou d'argyrol aux taux habituellement employés dans le traitement de la blennorrhagie urétrale. Plusieurs fois par jour on fera instiller ces mêmes solutions sous le prépuce. Enfin le malade enveloppera sa verge avec soin, afin d'éviter que les sécrétions parfois abondantes, ne viennent au contact des téguments.

On peut se contenter comme traitement local du simple traitement médical que nous venons d'indiquer. Le débridement n'est pas nécessaire dans la phase d'activité du chancre. On ne devra y recourir que si quelque complication locale l'impose : c'est ainsi qu'en cas d'hémorragie on devra débrider immédiatement et aller à la recherche du point qui saigne ; en cas de phénomènes gangréneux qui peuvent être favorisés par la striction, on libérera également le gland et l'on agira localement par les médications d'usage (air chaud par exemple, pommade au collargol, etc...) sur les lésions de nécrose mises à nu.

Le traitement général sera le traitement classique de la syphilis : injections quotidiennes sous-cutanées de benzoate de mercure, ou injections intra-veineuses de cyanure mercurique, à raison de quinze piqûres par mois. Ces dernières injections seront effectuées avec les plus grandes précautions, une goutte de la solution cyanurée injectée en dehors de la veine

pouvant déterminer une inflammation plus ou moins vive, pouvant aller jusqu'à l'escarre, et laissant tout au moins une induration persistante.

Sous l'influence de ce traitement le chancre s'améliore rapidement, les ganglions diminuent, disparaissent ou persistent très diminués, la plégmasie préputiale, qui accompagne le chancre, s'atténue, puis disparaît, — mais, et c'est là un point important sur lequel insiste le professeur Gaucher — la cicatrice fibreuse qui prend la plaie du chancre fait succéder au phimosis inflammatoire qui escorte le chancre, un phimosis d'origine cicatricielle. Ce phimosis peut empêcher complètement le malade de découvrir le prépuce. Parfois il n'empêche qu'incomplètement de ramener le prépuce en arrière et ce dernier tirailé pendant le coït, devient facilement le siège d'érosions douloureuses au toucher ou lors de la miction. Il y a donc intérêt à intervenir le plus largement possible. Le débridement par incision sur les côtés du frein peut être suffisant. Il est plus satisfaisant et moins mutilant de pratiquer la circoncision totale qui n'embarrassera pas le patient d'un lambeau inutile.

CONCLUSIONS

1° Le chancre en couronne du limbe préputial représente une variété importante des chancres du prépuce.

Le chancre peut siéger sur le bord libre du limbe, sur la face cutanée ou sur la face muqueuse. Il présente l'aspect typique du chancre induré, pouvant présenter plusieurs variétés ;

Chancre en couronne complète, chancre en couronne incomplète, chancre en collerette. Il peut enfin succéder à une couronne de chancres mous. Il s'accompagne des symptômes classiques, entre autre, adénopathie qui présente cette particularité d'être bilatérale avec prédominance d'un côté ;

2° Le chancre en couronne se complique d'une façon générale d'un phimosis plus ou moins développé suivant la longueur du prépuce, phimosis compliqué lui-même dans un grand nombre de cas de balano-posthite, qui peut dans un nombre de cas limités, s'accompagner de gangrène du limbe préputial ;

3° En présence de tout phimosis inflammatoire

chez un adulte on devra rechercher systématiquement la syphilis ;

4° Le traitement doit être avant tout général. Après cicatrisation du chancre, il doit être complété par la circoncision en cas de persistance du phimosis, ce qui est presque la règle.

Lu et approuvé :
Le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu : pour le Doyen
l'Assesseur
POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Professeur A. Fournier.* — Traité de la Syphilis. Fasc. I, Paris, 1898.
- Professeur Gaucher.* — Le Chancre et les Syphilides, t. I, du Traité de la syphilis.
- Professeur Gaucher, MM. Bizard et Bralez.* — Le Chancre en couronne du limbe préputial (Annales des maladies vénériennes, n° 6, 1915).
- Mauriac (Ch.).* — Leçons sur les maladies vénériennes, t. I, Syphilis primitive et Syphilis secondaire. Paris, 1890.
- Jullien (L.).* — Traité pratique des maladies vénériennes Paris, 1879.
- Berdal (H.).* — Traité pratique de la Syphilis, 1902).
- Hutchinson.* — De l'influence de la circoncision pour préserver de la syphilis (Gazette médicale de Paris, 1851).
- Fournier.* — Des longues incubations du chancre infectant (Gazette des Hôpitaux, 1865).
- Bubon, in nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. V, 1866.
- Vidal.* — Contribution à l'étude de la syphilis constitutionnelle ayant pour accident initial le chancre mou. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, t. IV, p. 81, 1872).
- Professeur Gaucher et Lacapère.* — Les chancres syphilitiques successifs (Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, février 1902).
- Sabaréanu.* — Chancres syphilitiques successifs. Thèse médecine, Paris, 1905.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine Paris. — 3429-17
